FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1929

CONTRIBUȚIUNI

LA

STUDIUL NEFRITELOR PALUDICE

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 15 lunie 1923

DE

IOAN LENGHEL
Absolvent al Facultății de Medicină

— BUCUREȘTI —
TIPOGRAFIA «CUVORBIRI LITERARE» STR. CÂMPINEANU, 17
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 1929

CONTRIBUȚIUNI

LA

STUDIUL NEFRITELOR PALUDICE

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 15 Iunie 1923

DE

IOAN LENGHEL
Absolvent al Facultății de Medicină

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 690.987

— BUCUREŞTI —
TIPOGRAFIA «COVORBIRI LITERARE» STR. CÂMPINEANU, 17
1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan D-nul Prof. Dr. IONESCU THOMA

Profesori titulari :

Clinica II-a chirurgicală . . . . . D-l Dr. ANGELESCU C.
Chimia medicală . . . . . „ „ ATANASESCU
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie „ „ BĂLĂCESCU I.
Anatomia patologică . . . . . } „ „ BABEȘ V.
Bacteriologia și patologia experimentală }
Istologia normală și Istogeneza . . . . „ „ BESNEA ST.
Medicina experimentală . . . . . „ „ CANTACUZINO I.
Clinica Ginecologică . . . . . „ „ DANIEL C.
Clinica a II-a medicală . . . . . „ „ DANIELOPOL D.
Anatomia topografică II . . . . . „ „ GEROTA D.
Farmacia chimică și galenică . . . . „ „ GEORGESCU M.
Clinica și teoria obstetricală . . . . . „ „ GHEORGHIU N.
Anatomia topografică I }
Clinica I chirurgicală } . . . . . „ „ IONESCU TH.
Clinica III-a medicală . . . . . „ „ IONESCU D.
Clinica III-a chirurgicală . . . . . „ „ JUVARA E.
Clinica boalelor căilor urinare . . . . „ „ JIANU A.
Farmacologia și materia medicală . . „ „ LALU S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice . „ „ METIANU N.
Clinica boalelor nervoase . . . . . „ „ MARINESCU GH.
Chimia analitică . . . . . „ „ MINOVICI ȘT.
Clinica infantilă . . . . . „ „ MANICATIDE M.
Igiena și poliția sanitară . . . . . „ „ MEZINCESCU D.
Medicina legală . . . . . „ „ MINOVICI M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică . „ „ MANOLESCU D.
Clinica I-a medicală . . . . . „ „ NANU-MUSCEL I.
Clinica dermatologică și sifiligrafică . . „ „ NICOLAU ȘT.
Clinica mentală . . . . . „ „ OBREGIA AL.
Fiziologia umană . . . . . „ „ PAULESCU N.
Patologia generală . . . . . „ „ PROCA GH.
Anatomia descriptivă și embriologia . „ „ RAINER FR.
Zoologia medicală . . . . . „ „ SIHLEANU ST.
Botanica medicală . . . . . „ „ SOLACOLU T.
Patologia medicală . . . . . „ „ THOMESCU I.TH.
Terapeutica experimentală . . . . . „ „ THEOHARI A.
Analiza alimentelor și băuturilor . . . „ „ VINTILESCU I.

Profesori agregați ;

Medicina operatoare . . . . . D-l Dr. CONSTANTINESCU

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Prof. Dr. DANIELOPOL D.
Membrii : „ „ „ JIANU A.
„ Cont. „ SIMICI D.
D-l Conf. Dr. MIHĂILESCU C.
» » » PAULIAN D.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare, nici desaprobare.

Tatălui meu

In memoriam

Mamei mele

PREFAŢA

Teza inaugurală în medicină constitue după tradiţie un prilej solemn şi binevenit de expresiune a sentimentelor alese de recunoştinţă pe care un doctor în medicină le datorează îndrumătorilor lui pe calea spinoasă a studiilor medicale.

In acest moment în care se încheagă activitatea trecută cu speranţa în viitor, gândul mi se îndreaptă cu veneraţie către acei, cari contribuind cu munca şi cu sufletul lor, au făcut din mine persoana aptă de a primi învăţăturile profesorilor mei de mai târziu.

Imi fac o plăcută datorie de a mulţumi în special D-lui Profesor Dr. Danielopolu pentru onoarea ce mi-a făcut, primind a-mi prezida teza şi D-lui Conferenţiar Dr. Simici, inspiratorul şi îndrumătorul acestei lucrări.

Mulţumesc cu o deosebită afecţiune D-lui Medic Colonel Dr. August Vasilescu şi exprim profunda mea recunoştinţă pentru cunoştinţele medicale căpătate în serviciul D-sale, în decursul ultimilor ani de studiu.

Deasemenea exprim mulţumiri şi recunoştinţă D-lui Medic Colonel Dr. C. Michăilescu, conferenţiar universitar, precum şi D-lui Medic Colonel Dr. C. Constantinescu pentru bunătatea pe care au arătat-o, punându-mi la dispoziţie bolnavii de care am avut nevoie la studiul acestei teze, în serviciile D-lor.

Mamei mele exprim iubirea şi recunoştinţa mea neştearsă; surorilor şi fratelui dragoste frăţească.

Contribuţiuni la Studiul Nefritelor Paludice

Introducere.—Tratatele clasice de patologie medicală, cât şi publicaţiunile medicale făcute în această direcţiune înainte de războiu, arătau că dintre organele economiei, rinichiul este mai rar lezat de infecţiunea paludică. Observaţiuni recente au probat însă că diferitele forme ale hematozoarului pot produce leziuni destul de serioase ale parenchimului renal şi aceasta atât în decursul evoluţiunei acute cât şi în decursul evoluţiunei cronice a infecţiunei. — Faptul acesta l'am putut observa şi eu în serviciile de medicină din Spitalul Militar «Regina Elisabeta», unde acum după razboiu, numărul bolnavilor suferind de paludism a devenit extrem de mare, fapt datorit după toate probabilităţile, pe deoparte încetărei ori şi cărei campanii antipaludice, mai ales la ţară, iar pe de altă parte înmulţirei formelor tropicale ale infecţiunei, aduse de trupele streine care au invadat ţara noastră şi care au importat această formă din regiuni bântuite de această infecţiune şi mai ales din orient. Astfel am putut observa un număr respectabil de nefretici, unii cu fenomene destul de alarmante, posedând în sânge diferite forme ale parazitului malaric şi cedând cu uşurinţă la un tratament specific, atunci când tratamentul simptomatic rămăsese aproape fără efect.

Cum această chestiune are pe lângă o latură ştiinţifică şi una practică destul de importantă, am găsit nimerit să consacru acest subiect lucrărei mele inaugurale, întrucât cred că este o chestiune de absolută actualitate.

Istoric.—Părerea autorilor care s'au ocupat în special cu chestiunea nefritelor paludice este împărţită în ceia ce priveşte frequenţa acestei complicaţii în decnrsul paludismului. Unii o consideră ca o raritate, astfel *Frerichs* la Friez la un număr de paludici nu a observat niciodată survenind nefrita.

Munck din 1000 cazuri de paludici nu a găsit decât câteva cazuri de nefrită; tot aşa şi *Bihn, Ziemann, Haidenhaim. Bamberger* la 1623 paludici a semnalat 13 cazuri de nefrită (0.8%). In schimb *Bartels* (Kiel), *Kiener* şi *Kelsch* (Algeria), *Soldatow, Atkinson* şi *Wood, Remi-Picci, Bowmann* şi *Flensburg* (Suedia) au observat destul de des în decursul paludismului apărând nefrita sub diferitele sale forme. *Rosenstein* afirmă că din tota-

litatea cazurilor de nefrite observate de el, 23% aveau o etiologie paludică.

Acelaş autor pretinde că în partea de nord a Olandei, regiune eminamente paludică, deşi există un număr enorm de paludici, totuşi complicaţiunea nefretică este foarte rară, pe câtă vreme în partea sudică a acestei ţări, unde paludismul e mai rar, nefrita este foarte frequentă. In aceste cazuri nefrita este însă trecătoare evoluând un timp de 2 săptămâni până la 4 luni şi nu trecea niciodată la cronicitate. De asemenea el nu semnalează nici un caz mortal de nefrită paludică.

După observaţiunile lui *Mollov*, *Moore*, forma tropicală a paludismului cauzează cele mai dese cazuri de nefrită, apoi vine forma terţă şi mai la urmă forma quartă sau mixtă.

De Brun a admis existenţa unei albuminurii transitorii datorite paludismului, succedând acceselor acute repetate sau apărând odată cu cachexia şi anemiile pronunţate în paludismul cronic. Acest autor insistă că ele pot să fie ameliorate cu tratamentul chininic şi tonic.

Marchoux, în Senegal, a observat albuminuria la paludici, mai des în zilele următoare acceselor febrile şi cantitatea de albumină era în raport cu gravitatea acceselor.

Zakieff a studiat bine relaţiunea dintre nefrite şi paludism. Acest autor timp de 2 ani, la Simphèropol, a putut observa 81 cazuri de nefrită şi de 16 ori a putut stabili deodată la aceşti bolnavi o infecţiune paludică.

Nefrita palustră se observă de frequenţă în ţările cu tempetatura joasă (Crimeea, Ţările Baltice), mai rar în ţările calde, fapt care ar proba până la oarecare punct că frigul trebue să joace şi el un rol ca factor ajutător în producerea nefritei la paludici.

Thayler-W-S în «On nefritis of malarial origin, 1898» spune că la Baltimore, nefrita acută se observă în decursul paludismului numai în proporţie de 2%; iar albuminuria simplă în proporţie de 46%.

La noi în ţară s'a publicat puţin cu privire la nefrita paludică, totuşi D-rul Brăescu (teză Iaşi 1892) a făcut un studiu clinic al acestei complicaţii paludice; D-rul N. Crivetz (teză Buc. 1894) a studiat nefrita paludică la copii din punct de vedere anatomo-patologic; D-rul Obedenaru a făcut un studiu statistic asupra cazurilor de nefrită la copii impaludaţi; D-rul Stoikiţă (Cluj 1921) a studiat un număr mic de nefrite paludice, forme terte şi quarte, din punct de vedere clinic şi C. V. Pruncu (teză Buc. 1922) a studiat 5 bolnavi atinşi de leziuni renale în decursul paludismului, observând dintre aceştia 3 cazuri cu albuminurie, 1 caz de nefrită mixtă cloruremică şi azotemică şi altul de nefrită azotemică pură.

Etiologia, Patogenia Nefritelor Palustre şi Anatomia pathologică. - In decursul paludismului acut, hematozoarul lui Laveran poate acţiona asupra parenchimului renal, producând fie leziuni uşoare, ce se traduc din punct de vedere clinic prin simpla albuminurie, hematurie, trecătoare în cazurile cele mai frequente, fie producând leziuni mai serioase, mai profunde care pot constitui adevărate nefrite, cu retenţiune de cloruri şi de uree cu tot cortegiul simptomatic.

In decursul paludismului cronic se pot produce leziuni ale parenchinului renal dintre cele mai grave, constituind nefroze, nefrite, glomerulo-nefrite, care se caracterizează din punct de vedere anatomo-patologic prin rinichi mari albi sau mici roşii granuloşi etc. Ele se traduc din punct de vedere clinic prin simptome care caracterizează fiecare din aceste leziuni anatomo-patologice.

Leziunea parenchimului renal se datoreşte în mare parte toxinei fabricate de hematozoar, căci după *Poque şi Lemoine*, hematozoarul produce toxine în sânge, care sunt eliminate prin rinichi, ca şi orice altă toxină microbiană. Aceşti autori au studiat toxicitatatea urinelor la paludici şi au constatat că coeficientul uro-toxic este foarte ridicat mai ales în timpul acceselor şi au conchis că hematozoarul produce toxine, circulând în sânge. Aceste constatări credem că sunt destul de suficiente pentru a explica leziunile parenchimului renal în decursul paludismului.

Nefrita palustră poate să îmbrace tipul cronic de la început, propagându-se lent, fără să mai treacă prin forma acută a acestor leziuni renale evidenţiate prin sgomotoasele simptome ale unei nefrite acute şi lucrul a fost dovedit că se poate petrece şi fără ca în decursul evoluţiunei sale să găsim accese febrile mai mult sau mai puţin intense şi frequente şi pe care noi să le fi putut constata prin mijloacele semiologiei curente. Şi în aceste cazuri nu este rar să găsim din punct de vedere anatomo-patologic şi microscopic (după cum a arătat Weber), simptome evidente de arterioscleroză renală fie sub forma sa pură, fie combinate cu alte leziuni de nefrită; care fapt se întâlneşte şi în aceste leziuni renale, numite scleroze şi în care alteraţiunea sistemului vascular renal predomină cu evidenţă (Volhard şi Löhlein).

Tot astfel, având în vedere că infecţiunea paludică duce aşa de des la cachexie şi anemie pronunţată, însoţite de degenerescenţa diferitelor organe, se va putea întâlni în decursul paludismului cronic şi alte leziuni ale parenchimului renal mergând chiar până la degenerescenţă amiloidă.

Leziunile renale au fost descrise altă dată de Kelsch şi Kiener. Aceşti autori au arătat că caracterul propriu al leziunilor renale paludice se evidenţiază prin congestie şi prigmentaţie.

Paludismul acut. Rinichii sunt mai mult sau mai puțin tumefiați, după gradul leziunei, substanța corticală e îngroșată, de culoare albă grisă, piramidele de o coloratiune brumată, apar exague, regiunea tuburilor contorti e foarte hiperemiată, capsula nu e aderentă, dar e îngroșată și oedematiată. Histologic se observă o hîperplasie cu tumefacțiune granuloasă a epiteliului tuburilor contorti; leziunea e mai puțin evidentă la nivelul glomerulilor și nu se găsește în tuburile drepte, care prezintă numai o obliterare parțială cu cilindrii granulo-albuminoși și câteodată coloizi.

In tuburile contorti, în ansele lui Henle, epiteliul e infiltrat de granulațiuni fine, ocrcase, de pigment feruginos. Aceste granulațiuni vin în cavitatea tuburilor, se fuzionează în mase vitroase, refrigente sau opace, după grosime și capabile de a determina veritabile obstrucțiuni tubulare. Aceste obstrucțiuni pot fi generalizate pentru a determina din punct de vedere clinic o anurie completă. Epiteliul e conservat în tuburile contorti, nucleii sunt vizibili și par înconjurați de un exudat albumino-fibros. Leziunea se întinde și asupra zonei periglomerulare, însă se observă integritatea glomerulului și a sistemului arterial. Se remarcă că această necroză de congulare coincide în intestin ca și în ficat, cu o hiperemie foarte marcată.

Paludismul cronic. Se observă două categorii de alterațiuni. Unii rinichi sunt relativ puțin inflamați, puțin scleroși, însă conțin o mare cantitate de pigmenți. Rinichii sunt măriți de volum și greutate, de coloratiune brună acajou, uniformă și difuză, ocupând scoarța și părți din piramide sau diseminate în pete rotunde mai mult sau mai puțin intinse.

La secțiune se constată o infiltrație de pigment ocru și leziuni atrofice ale glomerulilor, o degenerescență grăsoasă a epiteliului tubular, o îngroșare hialină a pereților tuburilor, o scleroză difuză și adesea o degenerescență amiloidă a pereților vaselor. Alteori leziunile sunt mai avansate și mai complexe, asemănându-se cu leziunile nefritelor difuze cronice și glomerulonefritelor atrofice și granuloase. Oricare ar fi varietatea observată că rinichiul e lezat într'un fel sau altul, nefrita-paludică tinde a se localiza de cele mai multe ori în focare și nu mai rare ori ea va îmbrăca caractere difuze.

Simptomatologie. Primele simptome care evidențiază nefrita acută apar mai des după 1—4 săptămâni dela data ultimelor accese de febră intermitentă, totuși timpul scurs între infecțiunea palustră și apariția simptomelor de nefrită poate varia, după *Zakieff*, de la o lună la 4 ani. Nefrita palustră e însoțită de cefalalgie, dureri lombare slăbiciune generală, turburări gastrice, oculare și auditive, consistând în diminuarea acestor simțuri și sunt asociate uneori de noi accese febrile; apoi apar oedemele

şi hidropiziile, în unele cazuri se observă fenomene uremice. Bolnavul are un facies palid-gălbui, uneori o paloare teroasă. Examenul relevează o splenomegalie variată, în general moderată, polul inferior al splinei, sensibil le presiune, ajunge până la rebordul costal sau îl depăşeşte cu două sau mai multe laturi de deget.

Cordul e rar hipertrofiat, se constată din punct de vedere clinic existenţa suflurilor extracardice, sgomote anemice ale vaselor gâtului, rar sgomot de galop, puls în general hipotensiv, exceptând cazurile de glomerulo-nefrite sau scleroze unde tensiunea poate să fie mărită. Ficatul e uneori puţin mărit şi dureros la presiune. Pulmonar se constată o submatitate la baze, raluri de bronşită. Un simptom important e anemia mai mult sau mai puţin intensă. Anemia palustră e precoce şi survine puţin timp după perioada de invazie după primele rechute. Examenul sângelui pune în evidenţă o diminuare adesea considerabilă a globulelor roşii, până la 2.500.000 şi chiar 1.000.000 în cazurile grave. Are în acelaş timp anisokitoză, cu numeroase globule uriaşe, valoarea globulară în hemoglobină e mărită. Afară de momentul accesului, se produce o polinucleoză transitorie, are leucopenie, formula leucocitară e caracterizată prin o mononucleoză (40% şi chiar mai mult) cu myelocite granuloase şi agranuloase, însă fără hematii nucleate. Se mai găsesc globule roşii deformate, semilunare „en pessaire" (Sergent) şi mononucleare mari melanifere, încărcate cu pigment palustru.

Paisseau şi Lemaire au descris formule hematologice cu o leucocitoză forte (30—50.000 leucocite), eosinofilie şi hematii nucleate. Examenul sângelui pune în evidenţă, aproape constant, Hematazorul lui Laveran. Examenul serului sângelui ne arată o cantitate de uree mărită, în unele cazuri.

Simptome trase din analiza urineior. Urina e modificată în cantitate şi calitate, observându-se mai des o poliurie care variază dela 2—3 litrii. e de culoare gălbue palidă, uneori roşcată, densitatea e mică, conţine mai totdeauna albumină. In formele grave, albuminuria e discretă şi pasageră. Cu toate aceste se poate observa (*Armand-Dellile et Lemaire*) veritabile nefrite acute comparabile cu acele ale sifilisului secundar, caracterizate printr'o albuminurie masivă, putând atinge 15 — 30 gr. şi cu predominenţă de oedeme.

Hematuria se poate asocia la alte hemoragii palustre. Sedimentul urinei conţine celule epiteliale, leucocite, rar elemente renale, globule roşii în hematurii. Prezenţa cilindrilor granuloşi ne arată o leziune profundă a celulelor tuburilor renali. Dispariţia lor ne arată declinul nefritei. Ureea şi celelalte principii organice sunt diminuate După cercetările lui Kannenberg s'ar găsi în urină aceiaşi hematozoari ca şi în sânge.

Diagnosticul. Cachexia palustră, cu anemia profundă, localizările poliviscerale, maschează nefrita sau ascunde semnele. De multe ori numai datorită metodelor moderne de a aprecia funcțiunea renală și a depista hematozarul în sânge, putem d agnostica precoce leziunea renală și stabili funcțiunea rinichiului. Totuși prezența hematozoarului lui Laveran în sânge, hipertrofia constantă a splinei, uneori a ficatului, hematuriile frequente, acțiunea terapeutică eficace a chininei, lipsa oricăret alte maladii infectioase sau intoxicații în antecedentele bolnavului, afară de paludism, impun diagnosticul de nefrită paludiică.

Dacă în cazurile de nefrită acută sau cronică găsim toate elementele de mai sns, afară de prezența hematozoarului lui Laveran în sânge, putem diagnostica o nefrită paludică mai ales dacă există splenomegalie, pigmentație și anemie concomitentă. Iu orice caz în fața unei nefrite, nu trebue să uităm niciodată etilogia paludică posibilă acestei maladii.

Prognosticul. In genere prognosticul nefritelor paludice acute e benign afară de cazurile foarte serioase însoțite de hematurie, albuminurie și oedeme mari. Evoluția procesului fiind de cele mai deseori lentă ne permite tratamentul, îndepărtând deci pericolul unei insuficiențe renale imediate sau trecerea la stare de cronicitate.

Existența unei albuminurii masive, precum și coexistența în urină a globulinei cu a serinei și a albumozelor, ne face să ne așteptăm la accidente dintre cele mai grave. Absența cilindrilor epiteliali și granuloși ne arată că procesul inflamator e în scădere. Nefrita paludică poate omorî prin uremie convulsivantă sau comatoasă accidente de ordin pur toxic, care nu trebuesc luate drept accese pernicioase, indicațiile terapeutice fiind diferite în amândouă cazurile. In ceia ce privește prognosticul formelor de nefrită cronică, el este acelaș ca al tuturor nefritelor cronice de altă etiologie. Fără îndoială că prognosticul îl vom judeca pe deoparte după gradul și persistența azotemiei, după tratamentul medicamentos și dietetic, sau după persistența oedemelor și a celorlalte simptome de cloruremie, în această formă clinică de nefrită. Perzistența albuminei izolate fără semne acute de azotemie sau cloruremie cred că nu îndreptățește un prognostic prea sombru, fapt care are importanță din punct de vedere al dieteticei ce trebue să instituim la acești bolnavi, care fiind uneori foarte deglobulinizați se vor cachetiza și mai mult printr'o dietetică prea severă, lipsită de substanțe azotate. *Din contra o uree ridicată și persistentă după dietetică, un azot rezidual ridicat peste cifra de 0.20 la litru de ser, o cantitate de amoniac și de acid uric superior cifrelor normale în serul sangurin este mai totdeauna de prognostic rezervat chiar daca azotemia reprezentată prin uree este puțin ridicată sau chiar normală.*

Tratamentul. Tratamentul nefritei paludice se bazează ca și pentru sifilisul renal, pe dubla noțiune a organismului lezat și a

specificității cauzale a procesului, fapte care ne arată că în atare cazuri trebue instituit tratamentul paludismului de așa manieră, în cât să avem în vedere mai ales profilaxia rechutelor infectioase. El constă în dietetică regim lactat, mai ales în acele cazuri în care nu există retenție de cloruri, apoi legume, hidrocarbonate, grăsimi, etc. și tratament medicamentos. In cazurile în care cantitatea de uree din sânge nu trece de limitele normale, credem că nu este nevoe de o prea severă reducțiune a substanțelor azotate, care are inconvenientul de a slăbi bolnavii ducându-i la anemie cu tot cortejul incovenientelor legate de această complicație, ce se observă des în nefrite. In ceia ce privește tratamentul medicamentos, el va consta în administrarea medicamentului specific, sărurările de chinină, fie per os, fie per injectionen.

Am tratat nefrita paludică administrând Sulfatul de Chinină per os, în doze de 2—3 gr. zilnic, timp de 3 zile, apoi pauză 3-4 zile, fapt care trebue repetat astfel cel puțin 4—6 săptămâni până la dispariția complectă a acceselor febrile, precum și a hematozoarului din sânge și menținerea în această stare cel puțin 6—8 săptămâni.

Profesorul Theohari a tratat nefrita paludică cu Tanatul de Chinină în doze de 1 gr. zilnic, timp de 3—4 săptămâni, asociat cu tratamentul obișnuit al nefritelor, obținând rezultate satisfăcătoare.

In cazurile de față s'au obținut rezultate satisfăcătoare cu Sulfatul de Chinină, fenomenele acute începând să dispară după 4—5 zile dela administrarea medicamentului specific, fără a se observa în nici un caz vreo agravare sau altă complicație.

Paralel cu administrarea medicamentului specific, vom da bolnavilor diferitele diuretice (Theobromina, Diuretina etc.) care au o acțiune declorurantă, ajutând să dispară oedemele în acele cazuri însoțite de retenție de cloruri cu oedeme mai mult sau mai puțin intense, sau diuretice azoturice (Scilla, etc.) în cazurile când cantita ea de uree din sânge e mărită.

E de remarcat că chiar numai prin acțiunea specifică a chininei putem obține o dispariție complectă a oedemelor și a fenomenelor de uremie, fără administrarea vreunui alt diuretic propriu zis.

De asemenea administrarea, în cazurile grave, a Clorurului de Calciu, după metoda dozelor masive a lui Blum, poate uneori să ne dea rezultate remarcabile, acolo unde celelalte diuretice nu au dat rezultate.

In cazurile mai grave unde nici un medicament diuretic nu ne dă rezultatele dorite, nu vom neglija să administrăm Diuretina pe cale intravenoasă (Metoda Simici și Vârgolici) care uneori poate avea o acțiune declorurantă și chiar azoturică mult mai energică decât medicamentele diuretice administrate per os.

Este mult mai preferabil, ca în cazurile unde administrarea diureticelor pe cale gastrică este imposibilă, cum ar fi spre exemplu în formele de nefrită însoțite de fenomene de uremie gastrică, cu vărsături frequente, să adoptăm metoda de administrare a diureticelor pe cale intravenoasă.

Observaţiuni

I. **Observaţiune clinică**. Bolnavul T. P. de ani 22 intră în spital la 19 Ianuarie 1923, pentru oedem al feţei, pleoapelor şi al membrelor inferioare, dureri toracice şi cefalalgie.

Ant. Ii. Colat. Părinţii sunt sănătoşi, fraţii şi surorile sănătoase.

Ant. personale. A suferit de paludism în vara anului 1922. Nu a urmat nici un tratament.

Istoric. La începutul lunei Ianuarie 1923, a observat că începe să i se tumefieze pleoapele, faţa şi membrele inferioare până la genunchi. După 4 zile de la declararea maladiei, a intrat în spital,

Starea prezentă. De constituţie slabă, anemic, palid, afebril, limba saburală, prezintă oedem al feţei, pleoapelor şi membrelor inferioare până la articulaţia genunchilor. Acuză durere în regiunea lombară, în hemitoracele drept, tuse. Are inapetenţă. Scaunele sunt regulate.

Examen Obiectiv. Aparatul Respirator. Pulmoni: Submatitate la baza pulmonului drept. La auscultaţie se percep frecături la ambele baze şi raluri de bronşttă diseminate pe restul câmpului pulmonar.

Aparatul circulator. Pulsul 72 pe minut. Tens.-arterială (V.-Laubry) Mx. $13^1/_2$, Mn. 9. *Cord.* Vârful cordului bate în V-lea spaţiu intercostal, înăuntru mamelonului. La auscultaţie se percepe un uşor suflu mezosistolic, la vârful cordului;

Aparatul Digestiv, Ficatul şi celelalte organe sunt normale.

Splina e percutabilă pe o mare întindere şi palpabilă.

Aparatul Genito-Urinar. Nimic obiectiv anormal din partea rinichilor.

Sistemul Nervos. Reflexele şi sensibilitatea sunt normale.

Temperatura. La 22, 25, 28 Ianuarie se înregistrează câte un acces febril, precedat de frisson, între 38° şi 39°, survenind la orele 4-5 p. m.

Examenul sângelui pune în evidenţă gameţi forma quartă. Numărul globulelor roşii 2 800.000, globulele albe 7.900. *Formula leucocitară*: Polinucleare 55%, Mononucleare mari 6%, Mononucleare mijlocii 26%, Limfocite —, Eosinofile —, Forme de trecere 3. *Vâscozitatea sângelui 5.*

Serodiagnostic. Reacția Bordet-Wassermann-negativă.

Examenul urinei. Volumul 1800 gr., culoarea gălbue, reacția acidă, densitatea 1019, ureea 8.82‰, clorurii 16.50‰ Albumina 0.50‰, Elemente organizate: rare lencocite.

Studiul permeabilității renale. Proba cu Albastru de Methylen. Se injectează 1 cm.³ din soluție 1/20 Albastru de Methylen. Urina apare colorată albastră în prima ½ de oră de la injecțiune, de o intensitate mijlocie. După o oră intensitatea coloraţiunei diminuă sub mijlocie, iar după 3 ore coloraţiunea se intensifică din nou, menținându-se până la 6 ore, când începe a descreşte treptat, dispărând după 62 ore. *Inceputul eliminării e accelerat, ritmul policiclic,* durata 62 ore. Colorantul s'a eliminat sub forma de cromogen, în cantitate mică.

Cercetări asupra valorei ureo-secretorie a rinichilor.

Dosajul ureei în serul sângelui = 0,88‰.

Constanta ureo-secretorie Ambard = 0.09.

Cocficientul Sphigmo-Hidruric. (Martinet) $\frac{H}{P} = \frac{800}{4,5} = 1/6$

Studiul Hidremiei. Examenul Urinei Fracţionate. După observaţiuni zilnice în medie, cantitatea de urină din timpul nopței (9 seara — 9 dim.), e mai mare cu 300—500 gr. decât cea din timpul zilei.

Proba Diurezei Provocate. (Vaquez-Cottet.) In timpul celor 3 zile când bolnavului i s'a administrat 500 gr. apă la fiecare prânz, s'a constatat că diureza din timpul nopței e egală cu cea din timpul zilei, iar a IV-a zi când bolnavului i s'a dat 500 gr. apă la ora 7 dim. diureza matinală a fost de 300 gr. aproape egală cu cea din celelalte zile.

Cercetări asupra Retenţici Clorurate. Studiul Bilanţului Clorurilor. Bolnavul fiind menținut timp de opt zile la un regim declorurat, apoi opt zile la un regim clorurat cu 10, 15, 20 gr. Na. Cl. pe zi, a avut o retenție normală clorurată și hidrică, iar la trecerea din nou la regim declorurat, eliminarea clorurilor s'a făcut repede.

Tratamentul.

21/I. Ureea în serul sângelui 0.88‰. Prezența Hematozoarului forma quartă (gameți). Greutatea 60½ kgr. vol. urinei 2000 gr. *Medicaţiunea:* Theobromină 2 gr. pe zi, timp de 4 zile, regim hipoazotat și hipoclorurat.

22/I. *Prezintă acces febril 39.°.* Greutatea 59 kgr. Vol. urinei 800 gr.

25/I. Bolnavul prezintă aceleași oedeme. Urina conține cilindrii granuloși și albumină. Volumul urinei variază de la 1300 gr. — 1500 gr. în 24 ore. Greutatea 57 kgr, *Prezintă acces febril 37.°8 seara.*

28/I. Oedemele persistă. *Prezintă acees febril 37.°9 seară. Greutatea 54½ kgr. Vol. urinei 2250 gr.*

29/I. *Medicaţiune.* Chinină sulfurică 2 gr. pe zi, timp de trei zile. apoi trei zile pauză. Greut. 54 kgr. Vol. urinei 1850 gr.

2/II. Oedemele au diminuat mult comparativ cu ziua de 28/I, Greut. 53 kgr. Vol. urinei 1650.

5/II. *Ureea în serul sângelui=0.45‰. K. Ambard=0,062.* Greutatea 55 kgr. Volumul urinei 800 gr.

Medicaţiunea. Chinina Sulfurică.

7/II. Oedemele au dispărut. Ureea în ser 0.36‰. *Absenţa Hematozoarului.* Greutatea 55 kgr. Vol. urinei 950 gr.

9/II. *Continuă tratamentul timp de şease săptămâni.*

II. **Obrervaţiune clinică.** Tânărul M. P. de 24 ani, intră în spital la 10/XI/1922 pentru accese febrile, aproape zilnice, transpiraţii nocturne, dureri lomboare şi abdominale.

Ant. H. Colat. Tatăl bolnav de ulcer stomacal. mama sănătoasă. Are un frate bolnav de paludism.

Ant. personale. A suferit de Difterie în 1914, Pneumonie în 1918, Paludism în vara anului 1921. In luna Oct. şi Noemb. acelaş an, a fos tratat într'un spital din Craiova cu chinină.

Istoric, Pela sfârşitul lunei Oct. 1922, prezenta zilnc accese febrile, precedate de frisson, survenind la 2—3 zile, aproape la aceaşi oră şi care se terminau prin transpiraţiuni. A fost tratat la o infirmerie cu chinină timp de 2 săptămâni, administrându-i-se 3 gr. pe zi, câte 1 gram dim. la prânz şi seara. Dela infirmerie a venit în spital. De un an de zile nu a mai prezentat nici un acces de paludism.

Starea prezentă. De constituţie medie, foarte anemic, palid, limba saburală, dinţii acoperiţi cu fulginozităţi, acuză frissoane zilnice transpiraţii nocturne, dureri lombare şi abdominale în fosele iliace. Are inapetenţa. Scaunele sunt regulate,

Examenul Obiectiv. Aparatul respirator. Pulmoni. Submatitate la baza pulmonului stâng, câteva frecături pleurale.

Aparat. circulator. Puls 70 pe minut. Tens. arterială (Vaquez-Laubry) Mx. 12; Mn. 8. *Cord:* Vârful în spaţiul V-lea intercostal, înăuntru mamelonului. Sgomotele sunt normale.

Aparat. Digestiv. Ficatul. Nedureros la palpatie, nu întrece falsele coaste. Celelalte organe sunt normale.

Splina: percutabila pe o mare sudrafaţă, e palpabilă sub falşele coaste,

Aparat. genito-urinar. Nimic obiectiv anormal din partea rinichilor. Urina conţine un nor uşor de albumină.

Sistemul nervos. Reflexele şi sensibilitatea sunt normale.

Temperatura. La 14, 17, 20, 23 Noembrie se înregistrează câte o ascensiune termică între 39°—40°, survenind la orele 5 p. m

Examenul sângelui : pune în evidenţă gameţi forma quatră.

N-rul globulelor roşii 2.350.000, globule albe 8600.

Formula leucocitară: Polinucleare 60%, Mononucleare 2%. Mononucleare mijlocii 12%, limfocite 22%, Eosinofile 1%. Forme de trecere 3. *Vâscozitatea sângelui* — 5.

Serodiagnostic. Reacţia Bordet-Wasserman — negativ.

Examenul urinei. Volumul 2.000 gr. culoarea roşcată, tulbure, Reacţia alcalină; Densitatea 1015; Ureea 5,54%; Cloruri 3. 20% Albumina, un uşor nor; Elemente organizate: frequente leucocite şi cilindrii granuloşi renali.

Studiul permeabiltăţii renale. Proba cu Albastru de Methylen. Se injectează 1 cm. ³ din o soluţie 1/20 Albastru de Metylen. Urina apare colorată albastru deschis, după 1/2 oră dela injecţiune, atingând maximum de intensitate la 2 ore. Coloraţiunea albastru intens descreşte treptat până la 6 ore, diminuând din ce în ce până devine foarte palidă, menţinându-se astfel până la 40 ore. Ritmul eliminării e ciclic şi de durată relativ scurtă.

Cercetări asupra valorei ureo secretorie a rinichilor.

Dosajul ureei în serul sângelui: 1.40%.

Constanta ureo-secretorie Ambard: 0.12.

Cereetări asupra retenţiei clorurate. Studinl Bilanţului Clorurilor. Bolnavul fiind supus acestei probe, a avut o retenţie normală clorurată şi hidrică, iar la trecerea din nou la regim declorurat, eliminarea clorurilor s'a făcut în mod normal.

Studiul Hidremiei. Examenul urinei fracţionate. După observţiuni zilnice, în medie, cantitatea de urină din timpnl nopţii (9 seara-9 dim.) e mai mare cu 150—300 gr. decât cea din timpul zilei.

Proba diurezei provocate (Vaquez-Cottet). In timpul celor trei zile când bolnavului i s'a administrat 500 gr. apă la fiecare prânz, s'a constatat că diureza din timpul zilei (9 dim.—9 seara) e mai mică decât diureza din timpul nopţei (9 seara—9 dim), iar în ziua patra, când bolnavului i s'a dat 500 gr. apa la ora 7 dim, cantitatea de urină eliminată de la ora 7 — 9 dim. a fost de 250 gr. egală cu cea din celelalte zile.

Tratamentul.

11/XI.1922. Chinină sulfurică 3 gr. pe zi, câte 1 gr. dim. la prânz şi seara, timp de 3 zile, apoi 3 zile pauză. Regim hipoazotat şi hipoclorurat,

12/XI. *Ureea în serul sângelui—1.40%. N-rul gl. roşii 2 350 000 Prezenţa hematozoarului f. quartă,* Bolnavul prezintă aceleaşi oedeme splina e mult măriţă, întrece rebordul costal cu 3 laturi de deget.

18/XI. Oedemele încep a diminua. *Prezenţa hematozoarului. Ureea 0.75% Medicaţiunea*: repetă tratamentul cu chinină şi regim.

24/XI. Continuă tratamentul. *N-rul gl. roşii 2900.000. Absenţa hematozoarului. Injecţii cu Kacodilat de Na. 20. Oedemele au dispărut.*

29/XI. *Ureea* 0.47‰ Absența hematozoarului. Contiuuă tratamentul.

5/XII. *Ureea* 0.35‰. *N-rul gl. roșii 3.840.000. Medicațiunea: Chinină 2 gr. pe zi timp de 3 zile, apoi trei zile pauză.*

10/XII. Continuă același tratament. La acest bolnav prin tratamentul specific s'a obținut dispariținea oedemelor și fenomenelor uremice, fără a se fi administrat vreun diuretic propriu zis.

III. **Observațiune clinică.** Tânărul D. G. de 22 ani, intră în spital la 2|XII 1922 pentru tumefacțiunea feței, a pleoapelor și a membrelor inferioare.

Ant. H. Colat. Nimic important.

Ant. personale. A suferit de Paludism în anul 1916, fără a urma vreun tratament.

Istoric. In luna Sept, 1922, fiind într'o regiune de baltă, a prezentat accese febrile, precedate de frisson, survenind la două zile aproape la aceiași oră. Bolnavul nu a urmat nici un tratament, până la 28 Noem. când în urma unei răceli, a început să i se oedematieze pleoapele, fața, membrele inferioare, cuprinzând tot corpul.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție medie, palid, anemic, afebril, prezintă oedeme generalizate ale tegumentelor corpului. Acuză dureri lombare, în hemitoroacele stg. dureri articulare și turburări auditive.

Examen obiectiv. Pulmoni. Submatitate la ambele baze; murmurul vezicular diminuat.

Aparatul circulator. Pulsul 78 pe minut. Tens. arterială (*Pachon*) Mx. 12 Mn. 4 1/2. *Cordul*: Vârful în spațiul IV intercostal, înăuntru mamelonului. Sgomotele sunt normale.

Aparatul Digestiv. Ficatul și celelalte organe sunt normale.

Splina: *percutabilă și palpabilă.*

Aparatul uro-genital. Rinichii nu sunt palpabili și nedureroși la palpație. Prezintă hematurie.

Examenul urinei. Volumul urinei 2400 gr. în 24 ore. Culoarea gălbue. Reacția acidă; densitatea 1010. Ureea 7.06‰; Clorurii 6.40‰; Albumina 0,45‰. Elemente organizate: Frequente leucocite, globule roșii, frequenți cilindrii granulo-renali.

Sistemul nervos: Reflexele și sensilibitatea sunt normale.

Temperatura: 36.°5. Nu a prezentat accese febrile.

Examenul sângelui pune în evidență gameți, forma terță. N-rul globulelor roșii = 2.700.000; leucocite 7.500.

Formula leucocitară: Polinucleare mari 59%; Mononucleare mari 4%; Mononucleare mijlocii 10%; Limfocite 20%; Eosinofile 4%; Forme de trecere 3%.

Sero-diagnostic: R. Wasserman—negativă.

Studiul permeabilității renale. Se injectează 1 cm.³ din o soluție 1|20 Albastru de Methylen. Urina apare colorată albastru

slab după $^1/_2$ oră dela injecțiune. Culoarea se intensifică după $^1/_2$ oră, apoi intensitatea alternând de câteva ori, atinge maximum de coloraţiune albastră după 5 ore. Din acest moment culoarea albastră diminuă şi dispare după 46 ore.

Cercetări asupra valorei ureo-secretorie a rinichilor.

Dosajul Ureei în serul sângelui—0.79

Constanta ureo-secretorie Ambard — 1,3.

Cercetări asupra retenţiei Clorurate. Studiul Bilanţului Clorurilor.

Bolnavul fiind menţinut timp de 8 zile la un regim declorurat apoi opt zile la un regim clorurat cu 10, 15, 20 gr. Na. Cl. a avut în acest timp o retenţie de 4—5 gr. cloruri pe zi şi 4 kgr. apă. La trecerea din nou la regim declorurat, eliminarea clorurilor şi a apei reţinute s'a făcut în mod treptat, bolnavul revenind la greutatea iniţiaală.

Studiul hidremiei. examenul urinei fracţionate.

Diureza din timpul nopţei e de 2—3 ori mai mare decât cea din timpul zilei. (Poliurie, nycturie)

Proba diurezei provocate. In timpul celor trei zile când bolnavului i s'a administrat 500 gr. apă la fiecare prânz, s'a constatat că diureza din timpul nopţei e dublă decât cea din timpul zilei (nycturie), iar a IV-a zi când bolnavului i s'a dat 500 gr. apă la ora 7 dim. diureza matinală a fost de 250 gr, egală cu cea din celelalte zileî

Tratamentul.

2/XII 1922 *Chinină sulfurică* 2 gr. pe zi, timp de trei zile. Greutatea 66 kgr. Vol. urinei 3300 gr.

3/XII *Prezenţa Hematozoarului forma terţă* (gameţi) Greutatea 65 kgr. Vol. urinei 3300 gr.

5/XII *Oedemele perzistă, deşi au diminuat puţin.* Greutateă 63 jum. kgr. Vol. urinei 2000 gr.

Urina conţine urme de albumină şi rari cilindrilor granuloşi. Greutatea 62 kgr. Vol. urinei 1600 gr,

Medicaţiunea: Chinină sulfurică, 2 gr. pe zi timp de trei zile

10/XII Oedemelə au diminuat mult. Greutatea 60 kgr. Vol. urinei 2050 gr. Splina puţin palpabilă.

13/XII *Medicaţiune*: Chinină sulfurică 2 gr. pe zi timp de trei zile.

14/XII Absenţa Hematozorulului. Ureea 0.50% în serul sângelui. Greutatea 61 kgr. Vol urinei 1600 gr.

19/XII Oedemele au dispărut.

Continuă acelaş tratament specific timp de 6 săptămâni.

IV. **Observaţiune clinică.** — Bolnavul S. M. de 22 ani intră în spital la 23/XI. 1922, pentru accese febrile intermitente, dureri toracice şi oedeme ale feţei şi membrelor inferioare.

Ant. H. Colaterale. — Părinții sunt sănătoși. Frații deasemenea sănătoși.

Ant. personale. A suferit de Pleurezie exudativă în 1918.

Istoric. In luna August 1922 fiind la țară într'o regiune de baltă a prezentat accese febrile care surveneau la 2 zile și care se terminau prin transpirațiuni. S'a tratat singur insuficient, fără a se putea însănătoși. In luna Noembrie în urma unei răceli a prezentat accese de febră mult mai puternice iar după câteva zile i-au apărut oedeme la față și membrele inferioare, care s'au generalizat.

Starea Prezentă. De constituție medie, palid, febril, limba saburală, acuză dureri toracice și lombare. Prezintă fața și pleoapele oedematiate, deasemenea membrele inferioare până la plica inguinală, organele genitale și abdomenul.

Examen obiectiv. Aparatul respirator. Submatitate la ambele baze, mai pronunțat la dreapta.

Spartul circulator. Pulsul 80 pe minut. Tensiunea arterială. (Vaquez-Laubry) Mx $12^1/_2$, Mn $8^1/_2$. *Cordul.* Vârful în spațiul V-lea intercostal, înăuntru mamelonului. Șgomotele puțin surde. Se percepe un sufluu mezosistolic la vârf în decubitus dorsal.

Aparat digestiv. Ficatul nedureros la palpație nu depășește falșele coaste.

Splina. percutabilă pe o mare întindere, palpabilă sub falsele coaste.

Temperatura la 23 și 25 Noembrie se înregistrează câte o ascensiune termică între 38° și 39° survenind la orele 4 p. m.

Examenul sângelui. Se constată prezența gameților forma terță. *Vâscozitatea sângelui* = 5. N-rul gl. roșii 3900.000. Globule albe 6.200.

Formula leucocitară. Polinucleare neutrofile 70% mononucleare mari 20%, mononucleare mijlocii 5%, limfocite 21% eosinfile 2%.

Serodiagnostic. Reacția Bordet-Wasserman = negativă.

Examenul urinei: volumul 1850 gr. culoarea citrină, reacția acidă, densitatea 1005. ureea 10.5‰, clorurii 3,4‰, albumină 0.50‰ elemente organizate: frequente leucocite, rari cilindrii granuloși renali.

Studul permeabilității renale. Proba cu Albastru de Methylen. Urina apare colorată albastru deschis după $^1/_2$ oră de la injecțiune, atingând maximul de intensitate după 12 ore; colorațiunea descrescând în mod treptat, dispare după 48 ore.

Ritmul eliminării e policiclic și durata normală.

Cercetări asupra valorei ureo-secretorie a rinichilor.

Dosajul ureei în serul sângelui = 0.40‰.

Constanța ureo-secretoire Ambard = 0.07.

Cercetări asupra retenției clorurate. Studiul bilanțului clorurilor.

Bolnavul fiind menținut timp de 8 zile la un regim declorurat, apoi 8 zile la un regim clorurat cu 10, 15, 20 gr. Na, Cl. pe zi, a avut o retenție de 4—6 gr. de Na. Cl. pe zi și $4^1/_2$ Kgr. apă. La trecerea din nou la regim declorurat, eliminarea clorurilor și a apei s'a făcut în mod treptat.

Studiul Hidremiei. Examenul urinei fractionate.

In medie cantitatea de urină din timpul nopței (9 seara—9 dim.) e mai mare cu 150—200 gr. Bolnavul are poliurie (1800—2000 gr. în 24 ore).

Proba diurezei provocate. (Vaquez Cottet). In timpul celor 3 zile când bolnavului i s'a administrat 500 gr. apă la fiecare prânz, s'a constatat că diureza din timpul zilei (9 dim.—9 seara) e mai mică decât diureza din timpul nopței (9 seara—9 dim.) iar în ziua IV-a când bolnavului i s'a dat 500 gr. apă la ora 7 dim., cantitatea de urină eliminată de la ora 7—9 dim. a fost de 300 gr. aproape egală cu cea din celelalte zile.

Tratamentul.

23/XI. Chinină sulfurică 2 gr. pe zi, câte 1 gr, dim. și 1 gr. seara, timp de 3 zile, apoi 3 zile pauză. Teobromină 1 gr., regim hipoclorurat.

25/XI. *Prezența hematozoarului.* Oedemele perzistă.

28/XI. Repetă medicațiunea. Urina conține albumină 0.45‰.

29/XI. Prezența cilindrilor granuloși în urină. Absența hematozoarului.

3/XII. Acelaș tratament cu chinină sulfurică. Oedemele au diminuat. Urina conține un nor de albumină.

12/XII. *Oedemele și albumina au dispărut, Absența hematozoarului.* Continuă tratamentul timp de șease săptămâni. Iese din spital la 20/I/923.

V. **Observațiune clinică**. Bolnavul B. V. de 22 ani, intră în serviciu la 3/XII 1923, pentru tumefacțiunea tegumentelor feței și a membrelor inferioare, durere la baza hemitoracelui stâng.

Ant. H, Col. Nimic important.

Ant. Pers, Paludism în Noembrie 1922, tratat insuficient.

Istoric. Maladia a debutat prin dureri ale hemitoracelui stg. în urma unei răceli. După 2 zile a observat că începe să i se oedematieze tegumentele feței și membrelor inferioare.

Starea Prezentă. Bolnavul de constituție medie, palid, febril, prezintă oedem al tegumentelor feței și membrelor inferioare. Acuză dureri lombare. Are inapetență.

Examen Obiectiv. Aparat respirator. Pulmoni. Submatitate la ambele baze pulmonare, se percep câteva frecături pleurale.

Aparat. circulator: *Puls* 87 pe minut. Tens. Arterială (Pachon) Mx. 11 Mn. 5. *Cord*: vârful în spațiul V-lea intercostal înăuntru mamelonului. Sgomotele normale.

Aparat. digestiv. Ficatul: marginea inferioară întrece falsele coaste, e dureros la palpație.

Splina: percutabila.

Aparat. genito-urinar. Nimic obiectiv anormal renal.

Sistem nervos: Reflexele și sensibilitatea sunt normale.

Temperatura: La 4 și 5 Dec. 1922 se înregistrează câte o ascensiune ternică între 39° și 40° survenind la 6 ore seara.

Examenul sângelui pune în evidență gameți forma terți și quartă. N-rul gr. roșii=3.700.000; globule albe 6100.

Formula leucocitară: Polinucleare 65%, Mononucleare mari 3% Mononucleare mijlocii 7%, Limfocite 23%, Eosinotile 2%.

Serodiagnostic R. Wassermann negativă.

Examenul urinei: Volumul din 24 ore, 2100 gr. Densit. 1010 Reacția acidă, Ureea 6,64%, Clorurii 8.30% Albumina absentă; elemente organizate: rare leucocite.

Studiul permeabilității renale. Proba cu Albastru de Metylem. Eliminarea materiei colorante s'a făcut normal.

Cercetări asupra valoarei ureo-secretorie a rinichilor.

Dosajul ureei în serul sângelui=0,83‰

Constant ureo-secretorie Ambard=0,09

Cercetări asnpra retenției clorurate. Studiul bilanțului clorurilor

Bolnavul fiind supus acestei probe, a avut retenție normală de cloruri și apă, care retenție a dispărut repede la trecerea din nou la regim declorurat.

Studiul Hidremiei. Examenul urinei fracționate. Cantitatea de urină din timpul nopței e de două ori mai mare decât cea din zilei. (Poliurie, nicturie)

Proba diurezei provocate. (Vaques-Cottet). In timpul celor 3 zile când bolnavul a luat câte 500 gr. de apă la fiecare prânz, s'a constatat că diureza din timpul nopței e dublă decât cea din timpul zileî (nicturie) iar a IV-a zi când bolnavul a luat 500 gr. apă la 7 dim. diureza matinală a fost de 250 gr. egală cu cea din zilele precedente.

Tratamentul. 3/XII Chinină sulfurică 2 gr, timp de trei zile, apoi trei zile pauză. Diuretină 170 gr. pe zi. Injecții Cacodilat de Sodiu a 0.10 Nr. 15. Regim hipoclorurat și hipoazotat.

4/XII. Prezența Hematozarului. Prezintă acces febril.

8/XII. Repetă medicațiunea. Lipsa hematozarului

12/XII Oedemele au diminuat. Ureea 0.40‰.

15/XII Oedemele au dispărut. Continuă tratamentul specific timp de șease săptămâni împreună cu regimul hipoclorurat și hipoazotat.

Concluziuni

Din ansamblul acestor observaţiuni rezultă că:

1. Nefrita este o complicaţie destul de frequentă a paludismului. Ea se produce nu numai în formele tropicale ale infecţiunei, dar după cum s'a văzut din observaţiunile de faţă şi în formele terţe şi quarte.

2. Leziunea renală produsă de hematozoar poate să se evidenţieze fie printr'o nefrită acută, care poate regresa fără să lase urme, fie din contra sub forma unei nefrite acute care să treacă cu uşurinţă la stadiul cronic, în mod insiduos, constituind diferite forme anatomo-clinice de nefrite cronice, cu care bolnavii ni se prezintă în practica noastră.

3. Observaţiunile noastre ne arată până la evidenţă că într'un caz de nefrită, trebue să avem prezentă în memorie şi etiologia paludică şi aceasta cu atât mai mult la noi în ţară unde această infecţie este atât de răspândită.

4. Numai ţinând seamă de acest fapt putem adeseori să facem un diagnostic precis, instituind în urmă un tratament etiologic şi patogenic, dela care bolnavul poate aştepta o ameliorare şi chiar vindecare.

5. Tratamentul cu chinină este specific şi trebue instituit precoce şi cu toată intensitatea, neţinând seama de micile inconveniente inerente acestui medicamente. Fără chinină aceste nefrite nu se pot vindeca oricare ar fi dietetica şi tratamentul simptomatic instituit.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei,
Profesor Dr. **D. Danielopolu**

Decanul Facultăţii
Profesor Dr. **Toma Ionescu**

BIBLIOGRAFIE

Kelsch et Kiener: Traité oe maladies de pays chauds 1889.

E. Calmette: Les néphrites intermitentes. 1880.

*D. Brun : L*es albuminuries palustres, Semaine médicale, 1887.

Ferreira : Sur l'albuminurie dans la malaria infantile. Rev. mens. des maladies des enfants, 1893.

A. N Brăescu : Nefrita Paludică (Teză, Iaşi, 1893).

N. S. Crivetz : Contribuţiuni la studiul nefritelor plaudice. (Teză, Buc. 1894).

G. Rem. Picci: Policlinica, 1898.

Moncorvo : Congrès français de Médecine, Lille 1899.

J. Teissier : Les néphrites plaudéennes, I-er Congrès égyptien de médicine. Le Caire, 1902.

Costa: Etude sur l'albuminurie palustre. Arch. de Méd. milit. juin 1903.

G. Morphov : Contribution à l'étude des néphrites malariques, Th. Lyon 1904.

Thayler W. S. «On nephritis of malarial origien, 1898.

Castaigne: Maladies de Reins, 1906.

Laveran : Le Plaudisme, 1907.

Labadie Lagrave . Les nephrites, 1908.

Laveran; Paudisme et Tripanosomiase, 1908.

Jeanselme et Rist; Patologie Exotique, 1909.

Jeanselme-Weil-Chauffard-Leadrich: Maladies de Reins, 1909.

Grall et Clarac: Pat. Exotique, 1910.

Stewalt Gr. : L'albuminurie. 1911.

Graad C. Patologie Exotique, 1913.

Emil Sérgent: Infections parazitaires, 1921.

Widal, Roger, Teissier: Nouveu Traité de Médecine, 1922.

Stoikiţă : Contribuţiuni la studiul nefritei paludice (Clujul Medical, 1921).

C. V. Pruncu: Nefrita Plaudică (Teză, Buc. 1922).